

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 331

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'État*)

PAR

René PINEAU

De la Faculté de Médecine de Paris

Né à la Caillère (Vendée) le 24 Septembre 1902

DES SPERMATOCYSTITES LATENTES

Contribution à l'étude de leur séméiologie et de leur traitement

Président: Legueu, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553001_0068

ANNÉE 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'État*)

PAR

René PINEAU

De la Faculté de Médecine de Paris

Né à la Caillère (Vendée) le 24 Septembre 1902

DES SPERMATOCYSTITES LATENTES

Contribution à l'étude de leur séméiologie et de leur traitement

Président: Legueu, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1928

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale.....
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de
 l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique oto-rhino-laryngologique

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique propédeutique

Hydrologie médicale

Professeur sans chaire

MM.

ROUVIERE

CUNÉO

ROGER

STROHL

DESGREZ

LEMIERRE

BRUMPT

Marcel LABBE

SICARD

LECÈNE

ROUSSY

CHAMPY

TIFFENEAU

CARNOT

Léon BERNARD

BALTHAZARD

MÉNÉTRIER

RATHERY

CARNOT

BEZANÇON

ACHARD

WIDAL

MARFAN

NOBÉCOURT

H. CLAUDE

JEANSELME

GUILLAIN

TEISSIER

DELBET

HARTMANN

LEJARS

GOSSET

TERRIEN

LEGUEU

COUVELAIRE

BRINDEAU

JEANNIN

J.-L. FAURE

OMBRÉDANNE

VAQUEZ

SEBILEAU

DUVAL

SERGENT

VILLARD

ROUVIERE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Op-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
IEREBoullet	Clinique médicale infantile.
IÉRY	Clinique médicale.
LOEPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes aveugles.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MA TANTE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEGUEU

Professeur de Clinique des Voies urinaires
à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Necker

*Qui nous fait le très grand d'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAPILLON

Ancien Chef de Clinique
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a toujours reçu avec bien-
veillance et nous a guidé dans le
choix de cette thèse. Qu'il trouve
ici l'expression de notre gratitude et
nos remerciements pour les conseils
qu'il nous a donnés.*

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Alors que dans les ouvrages classiques on accorde une large part aux urétrites, on ne parle que peu des spermatozystites ; aussi cette maladie pourtant si fréquente est-elle souvent mal connue et même parfois ignorée.

Il ne semble pas en effet que l'on donne à la spermatozystite l'importance qu'elle mérite ; cette affection qui a longtemps été considérée à tort comme exceptionnelle est en réalité beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait autrefois, et nombreux sont les malades qui, paraissant guéris d'une blennorrhagie lointaine plus ou moins bien soignée, ont vu, longtemps après, et, sans raison, réapparaître un écoulement urétral parfois seul symptôme d'une inflammation vésiculaire.

Dans ce travail nous n'aurons en vue que les spermatozystites latentes, survenant ordinairement chez des gens âgés et se manifestant soit par la reprise

d'un écoulement depuis longtemps tari, soit par de la gêne et de la pesanteur de la région périnéale accompagnées souvent de troubles urinaires.

Etant donné leur âge et les signes qu'ils présentent le médecin peut croire à des lésions prostatiques, mais le toucher rectal ne lui révèle que des modifications insignifiantes de cet organe. Trop souvent il se contentera de cet examen superficiel et n'aura pas la curiosité d'aller plus haut explorer les vésicules séminales.

Si cependant il dépasse la prostate et examine la région vésiculaire il trouvera une vésicule, rarement les deux, modifiée dans son volume, sa consistance et sa sensibilité. Le contact du doigt explorateur avec la vésicule, même dans les touchers faits avec beaucoup de douceur, est extrêmement douloureux et arrachera un cri au malade.

On conçoit toute l'importance du toucher rectal, le diagnostic de la maladie dépendant presque toujours de cet examen.

La nature des spermatocystites a été très discutée, en réalité le gonocoque en est souvent l'agent pathogène.

Des travaux nombreux et intéressants ont paru sur la culture du sperme préconisée par Guépin en 1927. Les résultats des spermocultures sont extrêmement variables suivant les laboratoires, les milieux de culture et les méthodes employées. C'est ainsi que Maille trouve le gonocoque dans 94 % des spermocultures qu'il a pratiquées, alors que Janet et Debains

n'ont jamais pu le déceler au cours de leurs recherches.

Nous n'entrerons pas dans ces discussions ; au point de vue clinique les faits n'en existent pas moins et si la spermoculture atteste la présence du gonocoque accompagné de pus dans le sperme nous concluons à une spermatozystite gonococcique.

Le gonocoque n'est pas cependant le seul microbe pouvant provoquer cette affection et, au cours de cette étude, nous parlerons aussi des spermatozystites dues aux microbes habituels de la suppuration.

Enfin longtemps on avait associé les spermatozystites à la tuberculose, aussi Avramovitch et Pradier en 1921, suivis de Calas en 1926, ont-ils étudié dans leurs thèses « Les spermatozystites non tuberculeuses », développant ainsi les spermatozystites microbiennes.

Nous ne nous occuperons ici que de la forme chronique de cette maladie dont le diagnostic est souvent plus délicat que celui d'une affection de même nature survenant au cours d'une blennorrhagie.

Le diagnostic d'une spermatozystite latente est extrêmement important, car cette affection méconnue et non traitée peut avoir les plus graves conséquences. La cystite, le rhumatisme blennorrhagique sont des complications fréquentes de la spermatozystite ; l'épidymite n'est pas rare, elle peut être à répétition ou à bascule et entraîner la stérilité. Celle-ci peut être produite aussi par la transformation scléreuse de la paroi vésiculaire et des canaux, ou peut

tenir simplement à une altération du sperme par le pus qu'il contient.

Les spermatozoïdes sont dans ce cas très altérés et deviennent impropres à la fécondation.

Nous nous proposons donc dans ce travail d'apporter notre contribution à l'étude de cette maladie et nous insisterons sur la nécessité d'un examen des vésicules séminales chez un malade qui, par les malaises qu'il ressent ou les troubles urinaires qu'il accuse, pourrait facilement être pris pour un prostatique.

Après un court chapitre d'historique nous ferons la symptomatologie de cette affection, puis le diagnostic. Enfin, nous terminerons par le traitement médical et chirurgical.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Longtemps on a méconnu l'existence des vésicules séminales et ce n'est qu'en 1815 que Baillie, dans son « Anatomie pathologique », attira l'attention sur les anomalies, inflammations et dégénérescences des vésicules séminales.

En 1833 on retrouve un important article d'Albers dans le « Journal de Chirurgie » de de Grœf, où il divise les inflammations des vésicules séminales en aiguës et chroniques.

Ce n'est qu'en 1837 que Nauman après avoir longuement étudié les nombreuses observations publiées jusqu'à lui, donna le nom de spermatocystite à l'inflammation des vésicules séminales.

Citons encore la thèse de Rapin en 1859 sur l'inflammation des vésicules et canaux éjaculateurs.

En 1882 parut la thèse remarquable de Gueillot sur l'anatomie et la pathologie des vésicules séminales. Ce travail, un des plus intéressants parus à l'époque, demeure encore aujourd'hui très complet.

Cet auteur traite dans cet ouvrage de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie des vésicules séminales ; en ce qui concerne les spermatozystites il ne s'est occupé que de la forme aiguë de cette affection.

Puis parurent longtemps après, en 1901, les publications de Fuller sur le traitement chirurgical des spermatozystites. C'est à cet auteur que revient le mérite d'avoir mis à l'ordre du jour la question du traitement chirurgical de ces organes.

En 1905 Belfield exécute le premier la vasotomie ; puis J. et P. Fiolle et Volher étudièrent la chirurgie des vésicules séminales.

En France Luys préconise le cathétérisme des canaux éjaculateurs et le lavage des vésicules séminales et modifie l'opération de Belfield.

Guépin propose la spermoculture, et Leguen, Luys, Marion précisent la technique des interventions particulières aux vésiculites non tuberculeuses.

Depuis de nombreux auteurs américains ont étudié ces affections et ont fait connaître les résultats qu'ils ont obtenus principalement au point de vue chirurgical.

En 1921 paraissaient les Thèses d'Avramovitch et de Pradier sur les « Spermatocystites non tuberculeuses ».

En 1926, C. Chiaudano, de Turin, publiait un travail remarquable qui est une revue complète de la question « Spermatocisti non tuberculari ».

L'auteur divise les spermatocystites en spermatocystites microbiennes et spermatocystites infectieuses auxquelles il ajoute la spermatocystite consécutive au Freyer et la spermatocystite syphilitique. Les unes et les autres pouvant être aiguës ou chroniques.

Il fait une symptomatologie très complète de cette affection et envisage les divers traitements tant au point de vue médical que chirurgical.

La même année, en 1926, paraissait la thèse fort intéressante de Calas : « Les spermatocystites non tuberculeuses. Leur traitement. »

CHAPITRE II

SEMEIOLOGIE

La spermatoçystite latente peut évoluer tout à fait insidieusement sans présenter aucun symptôme net suffisant à la faire soupçonner.

Le plus souvent il s'agit d'un malade ayant eu quelques mois ou quelques années avant une blennorrhagie. A la suite d'un traitement peu énergique et de quelques lavages faits par lui-même tous les symptômes se sont atténués, l'écoulement n'a plus persisté qu'à l'état de goutte matinale ; la douleur à la miction a complètement disparu et le malade s'est cru complètement guéri.

Trop souvent même un médecin consulté pour la goutte purulente persistant au méat chaque matin

aura rassuré le malade et affirmé la guérison sans contrôle bactériologique. Puis, après un intervalle variant de quelques mois à plusieurs années, à la suite d'un excès quelconque ou d'une fatigue trop grande, le malade a vu réapparaître un léger écoulement urétral. Inquiet et ne s'en expliquant pas la cause, il vient consulter son médecin.

D'autres fois, c'est une sensation de gêne et de pesanteur au niveau d'un testicule, bientôt suivie d'une orchite qui amène le malade à prendre un avis médical. Dans ce cas, rien n'indique plus l'existence d'un écoulement ancien qui a pu même passer tout à fait inaperçu. En présence d'une orchite survenant ainsi sans cause, du moins est-on tenté de le croire, l'attention se trouve naturellement attirée sur la possibilité d'une tuberculose génitale. L'erreur de diagnostic est facile et ce n'est qu'en faisant un examen minutieux, complété par les recherches de laboratoire, que l'on évitera de porter un diagnostic inexact.

Et parfois c'est bien plus tardivement encore chez un homme en pleine force de l'âge, ou déjà au début de la vieillesse, souffrant de douleurs vagues et parfois très vives dans la région périnéale, que l'on notera des troubles urinaires importants. Inquiété par la difficulté et les troubles de la miction, le malade vient consulter le médecin, bien convaincu de l'hypertrophie de sa prostate. Il a oublié une ancienne blennorrhagie, pourtant bénigne, datant de

vingt, trente ans et plus. Parfois même, il ne se souvient pas avoir jamais contracté cette maladie.

C'est dire qu'au point de vue clinique les signes fonctionnels d'une spermatozystite varieront suivant les malades. Rarement on trouvera au complet tous les signes que nous allons énumérer. Certains malades viennent consulter pour phénomènes douloureux, vagues, d'autres pour troubles urinaires, d'autres enfin pour troubles sexuels.

Nous allons passer en revue ces différents symptômes souvent plus ou moins mélangés chez le même individu.

I. — PHÉNOMÈNES DOULOUREUX

La douleur est parfois le symptôme unique d'une spermatozystite, aussi quand elle existe doit-on y attacher une grosse importance.

Le malade peut ne présenter que des troubles légers caractérisés par une simple gêne ou pesanteur de la région périnéale. La douleur n'est pas très vive, elle reste sourde et s'exagère cependant au moment de la défécation provoquant souvent du tenesme rectal et vésical.

D'autres fois, elle est beaucoup plus intense, s'irradie à la région lombaire, à l'anus et aux voies génitales. Dans certains cas, non seulement la marche devient impossible, mais la station assise est elle-même extrêmement douloureuse.

Ces souffrances s'exagèrent notablement pendant les rapports sexuels et particulièrement au moment de l'éjaculation, siégeant alors ordinairement à la verge ou sur tout le canal urétral.

Ces douleurs sont parfois des causes d'erreurs. Belfield rapporte un cas de compression de l'urètre par une vésicule enflammée qui fit croire à des crises de coliques néphrétiques tant les douleurs abdominales étaient vives. D'autres fois, enfin, on a pu croire à une appendicite ; mais l'opération ayant été pratiquée l'appendice fut trouvé parfaitement sain (H.-H. Young.) On fit ensuite le diagnostic de vésiculite.

II. — TROUBLES URINAIRES

L'écoulement qui avait depuis longtemps disparu peut réapparaître.

Il est intermittent, rarement abondant et n'existe le plus souvent qu'à l'état de simple goutte matinale que l'on fait apparaître au méat urétral en exprimant le canal du périnée jusqu'au gland. Parfois, cette goutte n'existe même pas et un examen attentif ne montre qu'une simple humidité accolant les deux lèvres du méat.

S'il est possible de prélever une goutte de liquide on l'examinera soigneusement. Ce liquide est fluide, opalin, tantôt blanc grisâtre ou même jaune. Son aspect fluide et opalin ne permet pas de conclure à l'absence de gonocoque.

Parfois, cependant, dans le suintement recueilli après désinfection du méat, le microscope ne décèle aucun microbe, ceux-ci sont retranchés dans les vésicules séminiales et ne peuvent que difficilement être mis en évidence.

A ce signe s'ajoutent des troubles vésicaux ; les mictions sont fréquentes et obligent le malade à uriner toutes les heures et souvent davantage.

Ces mictions peuvent s'accompagner d'une sensation douloureuse ou de brûlure au niveau du méat, et les dernières gouttes de la miction peuvent contenir un peu de sang.

Les urines sont troubles et chargées de phosphates.

Si on n'applique aucun traitement, à ces troubles de péricystite succéderont bientôt des lésions de cystite. Si, au contraire les vésicules sont convenablement soignées, on assistera rapidement à la disparition de tous ces signes. Calas prétend même qu'à la suite des soins donnés au malade il n'est pas rare de voir la cavité vésicale augmenter notablement. Il publie l'observation d'un malade dont la capacité vésicale passa de 150 à 300 cc. après le lavage des vésicules.

III. — TROUBLES SEXUELS

Chez ces malades on observe, au début de leur maladie, une irritation de la sphère génitale se carac-

térisant par des érections et pollutions nocturnes douloureuses.

Cette irritation n'est que passagère et bientôt, au contraire, les fonctions sexuelles vont se trouver notablement diminuées. L'érection tardera à se produire et l'éjaculation deviendra prématurée. Ces malades finissent par en arriver à l'inappétence sexuelle complète, ils deviennent bientôt apathiques, impuissants.

Cette stérilité est ordinairement causée par les rétrécissements des canaux éjaculateurs auxquels s'ajoute souvent la sclérose des vésicules séminales.

Fuller pense que la constatation de ces signes peut suffire à établir le diagnostic de spermatocystite. D'après cet auteur de tels malades sont : « Incapables de s'appliquer à une tâche. Généralement une excitation sexuelle, d'après les malades, aggrave les symptômes nerveux et mentaux. Le pouvoir sexuel est, en règle générale, tellement détérioré que les rapports sexuels sont impossibles ou imparfaits. Il y a plus ou moins de confusion mentale, manque d'initiative, modestie, difficulté de surmonter les émotions, timidité, mélancolie. A la vue de tels individus, le chirurgien est prêt à les chasser comme des faibles d'esprit, comme des anciens masturbateurs, et à les mettre de côté comme incurables. Beaucoup, avec ces symptômes, appartiennent réellement à cette classe, mais il y en a d'autres qui n'en font pas partie et ceux-ci commandent l'attention. » Et dans cette

classe, précisément, il place les malades ayant eu précédemment une blennorragie.

Enfin, ces sujets sont toujours très impressionnés par la couleur du sperme éjaculé. Celui-ci peut, en effet, être teinté de sang : hémospemie. La teinte varie suivant les cas, du jaune foncé au rouge brun, suivant la quantité de sang existant dans le sperme et la durée de son séjour dans la vésicule.

L'examen microscopique de ce liquide montre la présence de globules rouges plus ou moins bien conservés.

IV. — TROUBLES PSYCHIQUES

Enfin, le psychisme de ces malades ne tarde pas à s'altérer rapidement. Ils deviennent vite fatigués, déprimés, incapables de tout effort. Préoccupés uniquement de leur maladie, ils s'analysent perpétuellement, changent fréquemment de médecin, espérant trouver ainsi quelque amélioration.

Après avoir interrogé le malade et classé avec soin tous les symptômes de sa maladie, on commencera son examen.

Celui-ci comprendra :

Le toucher rectal.

L'urétroscopie et la cystoscopie.

L'examen bactériologique du contenu vésiculaire.

LE TOUCHER RECTAL

On fera précéder le toucher rectal de l'examen de l'urine. Celle-ci, recueillie dans deux verres le plus longtemps possible après la dernière miction, est généralement trouble. Dans le premier verre on voit flotter des corpuscules blancs jaunâtres ou filaments. Les uns sont en forme de petits grumeaux ou en plaquettes minces et tourbillonnent dans l'urine ; les autres, plus lourds, tombent au fond du verre, ont une forme allongée et sont incurvés en virgules.

Dans le troisième verre, on notera parfois l'existence d'un peu de sang. Cet examen terminé, on pratiquera le toucher rectal.

Chez certains sujets adipeux l'exploration des réservoirs spermatiques est particulièrement délicate et souvent impossible dans la position habituelle du décubitus dorsal.

On a proposé la position du décubitus latéral, nous ne la citons que pour mémoire, elle est à peu près abandonnée.

Les positions de la taille et genu pectorale ont eu une certaine vogue, mais sont désormais avantageusement remplacées par la position inclinée.

Le malade est alors debout, légèrement penché en avant, devant une table sur laquelle il prend solidement appui avec les avant-bras.

On aura préalablement rempli la vessie du malade de 150 à 200 grammes de liquide, ce qui permettra

de palper les vésicules sur un plan résistant. Puis, après avoir enduit l'index de vaseline on l'introduira dans le rectum en le dirigeant en avant. La portion anale de l'intestin se dirige en effet vers la prostate et non vers la concavité sacrée.

Chaque fois qu'une contracture du sphincter se fera sentir on devra s'arrêter sous peine de réveiller la douleur. L'opérateur arrivera ainsi jusqu'à la prostate.

Il en recherchera d'abord le bord inférieur et successivement les limites latérales droite et gauche. Il remontera ensuite vers la base dont il reconnaîtra l'échancrure d'où part le sillon médian séparant les deux lobes. Au cours de cet examen on notera l'intégrité ou les modifications pathologiques des lobes prostatiques, après quoi on passera à l'examen des vésicules séminales.

Elles seront perçues à droite et à gauche du bord supérieur de la prostate. On appréciera alors successivement : leur volume, leur consistance, leur sensibilité.

Les différences de volume et de consistance sont recherchées par la palpation successive de la vésicule. Normalement, les vésicules séminales sont souples, légèrement tendues, quoique molles.

L'hypertrophie d'une vésicule est en général assez facile à reconnaître ; on trouve alors une surface tendue, la vésicule augmentée de volume, donnant la sensation d'être injectée au suif, est parfois bosselée et sclérosée.

L'atrophie de l'organe est beaucoup plus difficile à apprécier.

Enfin et surtout lorsque le doigt explorateur arrive en contact avec la vésicule malade il arrache un cri au malade qui supplie aussitôt le médecin de cesser son examen. La douleur produite par contact du doigt avec la vésicule est un signe très important et qui manque rarement. Cette douleur peut être très intense et si le médecin poursuit son examen le malade peut tomber en syncope.

Il est exceptionnel, toutefois, que dans les spermatozystites chroniques la douleur soit aussi vive. D'ordinaire elle est plus sourde mais peut s'accompagner d'épreinte et de ténésme rectal et vésical.

On terminera le toucher par le massage et l'expression de la vésicule et on fera uriner le malade dans un verre stérile.

De gros filaments, véritables moules vésiculaires, tomberont alors au fond du verre ; on aura soin de les prélever pour les soumettre à un examen microscopique ; ils serviront ainsi à déterminer l'agent causal de la maladie. Cet examen sera toujours complété par la spermoculture.

Parfois les canaux éjaculateurs participent à l'inflammation, se rétrécissent ou bien sont obstrués par un grumeau purulent. Il existe, dans ce cas, un véritable abcès vésiculaire ; l'expression des vésicules est alors impossible.

Il est indispensable d'intervenir au plus vite afin de drainer le pus contenu dans la vésicule qui est

d'une dureté ligneuse. En attendant on risquerait de voir l'abcès gagner la fosse ischio-rectale ou s'ouvrir au périnée et produire une fistule séminale.

Dans certains cas relativement rares, le toucher rectal ne donne aucun renseignement bien que les vésicules soient gravement atteintes, on devra alors compléter l'examen par les différents procédés que nous allons décrire.

L'URÉTROSCOPIE ET LA CYSTOSCOPIE

L'urétroscopie sera pratiquée à l'aide de l'urétroscope à eau de Mac Carthy.

Cet examen pourra montrer quelques lésions siégeant au niveau du veru-montanum qui, pour Luys, est le miroir des vésicules séminales.

Dans le cas d'inflammation de ces réservoirs les lèvres de l'utricule prostatique sont congestionnées et saignent au moindre contact. Le veru peut être le siège soit d'une infiltration molle ou bien être envahi par un processus fibreux. Il est flétri, rétracté, de couleur jaunâtre et si l'on exerce la moindre pression sur les vésicules on voit sourdre un peu de pus par les orifices du veru.

Souvent on découvre la présence d'un ou plusieurs polypes de taille et de nombre variables. Tantôt il s'agit de fines excroissances, tantôt au contraire c'est un polype unique volumineux que l'urétroscope mobilise aisément.

*
* *

L'inflammation des vésicules séminales a souvent une répercussion sur la muqueuse vésicale, aussi est-il prudent, lorsqu'on examine un malade ayant des troubles de la miction avec pyurie, de pratiquer un examen cystoscopique. Quand il existe des lésions de la muqueuse vésicale on les décèle dans la partie correspondant aux vésicules séminales.

Ces altérations sont dues à des lésions inflammatoires de périvésiculite touchant la paroi vésicale et la présence d'un placard de cystite siégeant au niveau du trigone vésical doit toujours faire penser à la possibilité d'une vésiculite concomittante.

Fuller a noté la présence d'œdème et même de petites ulcérations siégeant en arrière et en dehors de la vésicule malade.

Enfin, on peut déceler de légers flocons de pus et des taches hémorragiques au niveau de la muqueuse. Celles-ci sont très fragiles et le simple contact instrumental peut provoquer une hémorragie.

Ces lésions, en général peu importantes, sont ordinairement très améliorées et peuvent même disparaître complètement par le traitement des vésicules.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE

DU CONTENU VÉSICULAIRE

Le sperme, recueilli aseptiquement dans un vase stérile, devra être examiné à l'état frais.

Cet examen renseignera le médecin sur l'état des spermatozoïdes, principalement sur leur mobilité et sur la présence des microbes et des polynucléaires.

On ne doit pas se contenter cependant des résultats qui seront obtenus et on devra toujours pratiquer une spermoculture.

L'idée en vint à Guépin. Cet auteur pense que le gonocoque est plus un microbe génital qu'un microbe urinaire. Il ne vivrait que peu de temps dans l'urètre et se cantonnerait dans les vésicules où il pourrait vivre presque indéfiniment.

Guépin rechercha alors le gonocoque dans les cultures sur milieux électifs des sécrétions vésicales et prostatiques obtenues par massage, puis dans le sperme éjaculé.

Cette méthode fut accueillie avec une certaine indifférence, depuis quelques années cependant elle est devenue courante grâce aux travaux de Barbellion, Lebreton, Noguès.

Seuls Janet et Debains lui refusent leur confiance, les examens faits par eux ayant toujours été négatifs.

Les résultats des spermocultures sont en effet bien contradictoires ; alors que certains auteurs : Janet, Debains, n'ont jamais eu de spermocultures positives, d'autres atteignent des proportions impressionnantes de spermocultures positives : Guépin 70 %, Lebreton 80 %, Maille 94 %.

En présence de résultats aussi contradictoires, il est difficile de prendre un avis. Cependant la clinique est formelle, il n'y a pas 80 % de contamination par les malades en apparence guéris, malheureusement aucun caractère ne peut nous fixer sur la virulence ou la non virulence de ces gonocoques.

Nous ne discuterons pas la question, mais nous croyons que l'on doit toujours pratiquer une spermoculture ; si cet examen est positif ce résultat, ajouté aux autres signes cliniques préalablement observés, ne fera que renforcer le diagnostic.

*
* *

Nous ne dirons qu'un mot de la vésiculographie ou radiographie des canaux éjaculateurs, vésicules séminales, ampoules et canaux déférents rendus opaques aux rayons X par l'injection de collargol par exemple. Nous n'en donnerons pas la technique, d'ailleurs très délicate et actuellement peu employée.

On a aussi proposé la ponction exploratrice des vésicules par voie rectale ou par voie périnéale. Ce moyen de diagnostic n'est guère pratique et est actuellement à peu près abandonné.

*
* *

Si ces malades ne sont pas traités d'une façon sérieuse ils ne guériront pas. Sans doute ils auront des périodes de rémission, mais les symptômes réapparaîtront toujours soit à la suite d'une fatigue, soit sans raison apparente. Enfin, une telle affection peut avoir de graves complications ; les plus fréquentes sont :

L'épididymite.

La cystite.

Le rhumatisme blennorragique.

La gonococcémie.

L'ÉPIDIDYMITE

Cette inflammation se déclare brusquement, sans cause, l'épididyme devient très volumineux, recouvrant le testicule et le masquant en partie. Cependant dans la forme légère, qui est la plus commune, la tuméfaction épидидymaire est moins accentuée et se localise au niveau de la queue de l'épididyme. Il y a quelques phénomènes généraux caractérisés par un état subfébrile et une élévation de température, puis au bout d'un temps variable la résolution des lésions se produit.

Parfois un noyau épидидymaire persiste comme reliquat de cette affection.

L'épididymite peut être à répétition ou à bascule. L'azoospermie est souvent la conséquence de la bilatéralité des lésions.

LA CYSTITE

La cystite est aussi fréquente au cours de la spermatocystite. Parfois, même, c'est après un examen vésical que le médecin, ne s'expliquant pas l'origine des lésions vésicales, fera un toucher rectal et découvrira une spermatocystite.

Dans ce cas, le malade vient consulter pour troubles urinaires. Il est inquiet par la fréquence des mictions qui peuvent se succéder toutes les demi-heures ; ses mictions sont douloureuses et l'urine émise laisse déposer par le repos un pus floconneux.

Nous ne reviendrons pas sur les lésions constatées à la cystoscopie, elles peuvent être importantes mais disparaissent presque toujours lors du traitement vésiculaire.

LE RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

Les auteurs américains ont fait ressortir le rôle de la spermatocystite dans les arthrites blennorragiques.

Pour eux, il se produirait une occlusion de la vésicule ou des canaux éjaculateurs qui amènerait une résorption de toxines dans tout l'organisme.

Le lavage des vésicules donne dans certains cas des résultats absolument remarquables.

LA GONOCOCCÉMIE

Elle serait la conséquence de l'infection vésiculaire (Luys) et pourrait, en plus des arthropathies et des synovites tendineuses, déterminer de l'endocardite ou de la péricardite. Mais ces accidents sont, en réalité, très rares.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif de spermatocystite repose sur les résultats obtenus par le toucher rectal, l'examen cysto-urétroscopique et l'examen du liquide vésiculaire.

En réalité, tous ces procédés d'investigation sont rarement nécessaires pour affirmer le diagnostic de spermatocystite.

Un toucher rectal fait avec les précautions nécessaires, qui révélera un point douloureux au niveau d'une vésicule distendue et sclérosée, peut presque, à lui seul, faire porter le diagnostic. Si, en plus, l'examen microscopique atteste la présence de pus et globules rouges dans le liquide vésiculaire, on pourra affirmer le diagnostic.

Mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que souvent la vésiculite est comme masquée par les symptômes appartenant aux lésions des organes voisins. Il faudra enfin savoir la différencier des lésions appartenant à la prostate, à la vessie, à l'urètre postérieur.

LA PROSTATITE

La prostatite chronique peut par ses signes fonctionnels simuler une spermatocystite ; le diagnostic de ces deux affections peut être rendu difficile par leur coexistence chez le même individu.

Le toucher rectal dans le cas où la prostatite existe seule montrera tantôt une prostate molle, régulièrement tuméfiée, sans noyaux durs et peu sensible ; tantôt la glande est assez volumineuse, moins régulière, et le doigt qui l'explore percevra des noyaux durs.

Quand après avoir examiné la prostate on passe à l'exploration des vésicules, celles-ci sont perçues souples, molles et indolores.

Il ne faudra pas confondre la prostatorrhée que l'on rencontre habituellement dans la prostatite avec la spermatorrhée qui peut survenir au cours d'une spermatocystite. Dans le premier cas, le liquide renferme d'abondantes cellules épithéliales cylindriques ou polygonales, mais on ne trouve pas les spermatozoïdes que l'on met facilement en évidence dans le second cas.

LA CYSTITE

La spermatocystite se distingue de la cystite par l'absence des lésions vésicales à l'examen urétroscopique.

Cependant, les spermatocystites ont souvent une répercussion sur la muqueuse vésicale, mais dans ce cas les lésions siègent au niveau du trigone vésical et dans la portion répondant aux vésicules.

Enfin, le toucher rectal montrera l'intégrité des réservoirs spermatiques.

L'URÉTRITE POSTÉRIEURE

Cette affection se diagnostique en faisant uriner le malade dans deux verres après avoir nettoyé, à l'aide d'une injection antiseptique, l'urètre antérieur.

Dans le cas d'urétrite postérieure, le deuxième verre est troublé par les filaments du bas-fond vésical que la vessie n'expulse qu'avec ses dernières contractions.

Le toucher rectal montrera encore les vésicules indemnes ; mais elles sont gravement menacées, l'urétrite postérieure étant très souvent le premier stade d'une spermatocystite.

LA TUBERCULOSE VÉSICULAIRE

La tuberculose des vésicules est la lésion qu'il faut avant tout discuter quand on se trouve en face d'une spermatocystite chronique.

La tuberculose vésiculaire se présente le plus souvent sous forme nodulaire. La vésicule est bourrée de noyaux durs souvent indolores.

La pression des vésicules fait sourdre au méat un liquide séro-sanguinolent qui peut faire croire à l'hémospemie de la spermatocystite gonococcique, par exemple.

La constatation d'une épididymite et de fistules seront en faveur de la tuberculose et l'inoculation du sperme au cobaye sera positive.

LE CANCER

Le cancer de la vésicule existe rarement seul ; presque toujours il est associé au cancer de la prostate. La vésicule est d'une dureté ligneuse, bosselée et la plupart du temps indolore.

Très souvent donc il s'agit d'un cancer à point de départ prostatique qui a envahi le tissu cellulo-graisseux et les vésicules.

LE CALCUL VÉSICULAIRE

Le calcul vésiculaire est d'un diagnostic plus difficile, la douleur à la fin du coït et l'absence d'éjaculation peuvent cependant le faire soupçonner.

*
* *

Le diagnostic étiologique des spermatocystites se fera d'abord par l'interrogatoire ; il est évident qu'un malade ayant eu autrefois une blennorragie aura plus de chance d'avoir une vésiculite gonococcique. Cependant on devra toujours faire les recherches bactériologiques :

1° Examen direct du sperme à l'état frais ;

2° Spermoculture.

Dans les cas où on soupçonnera une tuberculose des voies génitales, on pratiquera l'inoculation au cobaye.

Les vésiculites ne relevant pas en effet d'un agent pathogène exclusif, on devra s'appliquer à rechercher soigneusement celui qui est la cause de la maladie.

L'infection peut se produire :

1° *Par voie urétrale :*

C'est surtout au cours de la blennorrhagie que se produit ce mode d'infection, et la méthode des grands lavages qui rend tant de services entre des mains soigneuses et habiles peut constituer de graves dangers lorsque le soin de l'instituer est abandonné à des étrangers ou à des infirmiers ignorants. Ces lavages favorisent la dissémination du gonocoque dans la totalité du canal urétral dont il envahit de proche en proche la muqueuse.

Au cours de l'urétrite gonococcique le gonocoque n'est pas le seul microbe pouvant produire la spermatoécystite, souvent même il disparaît pour être remplacé par d'autres microbes tels que le staphylocoque, l'entérocoque, le colibacille, le streptocoque, le bacille pseudo-diphtérique.

2° *Par voie transrectale :*

Le contact des vésicules avec la paroi antérieure du rectum peut en effet permettre aux microorga-

nismes de cet organe de venir toucher les vésicules par la voie lymphatique.

3° *Par voie sanguine :*

Les microbes existant dans le sang peuvent passer de la circulation aux réservoirs vésiculaires. Le transport se fait soit par voie veineuse, soit par voie lymphatique.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Les traitements employés au cours des spermato-cystites latentes relèvent soit de la médecine, soit de la chirurgie. Nous commencerons par l'étude du traitement médical.

I. — TRAITEMENT MÉDICAL

Le premier traitement qui doit être institué est le massage.

LE MASSAGE DES VÉSICULES

Afin de le rendre plus facile et moins douloureux pour le malade, on fera prendre à ce dernier des lavements chauds répétés, qui produiront un assou-

plissement des parois vésiculaires et une décongestion du petit bassin.

Marion conseille l'emploi des suppositoires suivants :

Pour un suppositoire n° 6 :

Iodure de K.	0,10
Iode métallique	0,01
Extrait de belladone	0,02
Beurre de cacao	Q.S.

ou :

Pour un suppositoire n° 6 :

Extrait de belladone	0,02
Extrait de ciguë	0,01
Iodure de plomb	0,15
Beurre de cacao	Q.S.

La position à faire prendre au malade sera la même que pour le toucher rectal. Il sera donc debout, légèrement penché en avant et appuyé sur une table. L'index, recouvert d'un doigtier en caoutchouc et préalablement vaseliné, sera introduit dans le rectum et recherchera le fond de la vésicule. Il exprimera alors celle-ci fortement, de haut en bas et de dehors en dedans. Si la vésicule se vide, le liquide exprimé apparaît aussitôt au méat urétral.

Dans le cas contraire, le méat reste sec et la vésicule, au lieu de devenir souple, reste dure et tendue.

En cas d'échec, on pourra recommencer la ma-

nœuvre deux ou trois fois ; mais si au bout de ce temps aucun résultat n'a été obtenu, il sera prudent de s'en tenir là et de ne pas insister. On devra toujours se méfier et craindre en effet la rupture vésiculaire, qui provoquerait un épanchement de pus dans le péritoine.

Il arrive aussi que le massage augmente le gonflement et la douleur ; dans ce cas aussi, on devra l'abandonner, car on risquerait de déterminer une orch-épididymite par projection de pus dans le canal déférent.

Enfin, chez certains sujets nerveux et particulièrement sensibles, le massage devient absolument impossible, en raison des douleurs parfois terribles qu'il déclanche. Il peut être aussi la cause d'accidents assez bénins, tels que névralgies et céphalées parfois très intenses. Staley explique ces ennuis par la projection dans le torrent circulatoire de toxines jusqu'à emmagasinées dans les vésicules.

Dans certains cas, malgré toutes les précautions prises, il est impossible d'atteindre le fond de la vésicule ; il est évident que le massage constitue alors un mode de traitement complètement insuffisant.

Certains appareils ont été inventés, permettant de remplacer ou de faciliter le massage digital. En réalité, ils sont peu employés, étant souvent moins efficaces et surtout plus dangereux, l'opérateur étant dans l'impossibilité de contrôler les modifications que subit la vésicule.

Dans tous les cas de spermatocystite chronique,

le massage doit être tenté ; dans les cas où ce traitement est possible, on obtient souvent des résultats satisfaisants.

Au traitement par le massage des vésicules, on ne manquera pas d'associer la vaccinothérapie. On utilisera soit un auto-vaccin qui possède l'avantage de contenir les germes mêmes du sujet que l'on soigne, soit des stocks-vaccins.

Enfin, si le massage ne semble pas donner de résultat, on instituera un traitement diathermique.

TRAITEMENT DIATHERMIQUE

La diathermie, très en vogue depuis quelques années, fait chaque jour des progrès nouveaux. M. E. Roucayrol a obtenu des résultats remarquables chez des sujets qui avaient résisté aux autres traitements.

Il est nécessaire de faire des séances d'au moins vingt minutes et de porter la température à 45°.

Si le malade supporte mal le thermophore urétral, on lui appliquera une électrode anale, qui sera toujours bien supportée.

Le nombre des séances nécessaires est d'environ huit à dix.

Nous empruntons à M. E. Roucayrol quelques observations publiées dans le *Journal Médical*, n° 6, de décembre 1924 :

OBSERVATION III

J. M..., 8 janvier 1923. Malade du Docteur Ravaud.
Urétrite et vésiculite à gonocoque ; urines troubles, polakiurie.

Traitement : huit diathermies de vingt à quarante-cinq minutes.

Spermoculture : négative.

OBSERVATION IV

P. M..., 6 janvier 1923, 30 ans. Vésiculite aiguë avec hématuries terminales. Gonocoque dans l'écoulement.

Traitement : sept diathermies de vingt à quarante-cinq minutes.

Plus de goutte. Urines claires.

Spermoculture : négative.

OBSERVATION VI

G..., juin 1923. — Service Civile. — Malade du Docteur Missey, soigné pour une vésiculite à gonocoque, par lavages, massages, vaccins et auto-vaccins, sans résultat.

A eu des complications articulaires et péricardiques.

Il arrive à la consultation du service de M. Marion, à Lariboisière, avec du gonocoque dans son écoulement et un noyau douloureux au niveau de la vésicule droite.

Traitement : neuf séances de diathermie.

Le malade est envoyé à l'examen du Docteur Missey, qui nous écrit avec ses conclusions :

« Il convient de retenir ceci : 1° la lésion initiale avait le volume d'un haricot ; 2° elle était douloureuse ; 3° la sécrétion contenait du gonocoque. »

Or, le noyau actuel a les dimensions d'une lentille ; il n'est pas douloureux ; la sécrétion ne contient pas de gonocoque.

OBSERVATION VIII

D..., 7 août 1924, 31 ans. Infection datant de deux ans.
Soigné antérieurement par des dilatations.

Vésiculite à gonocoques.

Traitement : dilatation suivies immédiatement de diathermie.

Spermoculture : positive, gonocoques.

Deuxième série de cinq diathermies.

Spermoculture : négative.

OBSERVATION XVI

(communiquée par le Docteur Boudet)

D. L... Urétrite avec suintement à gonocoque et vésiculite.

Soigné d'abord par lavages, massages et dilatations.
Apparence de guérison.

Spermoculture par M. Colombet : positive, gonocoques.

Huit diathermies endo-urétrales.

Spermoculture : négative, aucune colonie microbienne.

Comme on le voit, les résultats obtenus par Roucayrol sont très satisfaisants ; nous voyons donc que le traitement diathermique peut rendre les plus grands services et qu'il est intéressant de l'essayer avant d'intervenir chirurgicalement.

CATHÉTÉRISME DES CANAUX ÉJACULATEURS

Le cathétérisme des canaux éjaculateurs fut inauguré par Klotz en 1895, qui tenta cette opération à l'aide d'une seringue et d'une fine aiguille. Cette manœuvre n'eut pas le résultat qu'il escomptait et fut suivie d'une épididymite.

L'idée fut reprise par Luys, qui, au Congrès de Londres, en 1913, démontra la possibilité de passer un stylet dans le canal éjaculateur, à l'aide de l'urétroscope.

Pour pratiquer cette intervention, on introduit l'urétroscope, après avoir fait un lavage uréthro-vésical. On repère l'orifice du canal éjaculateur où l'on veut pénétrer, et on introduit le stylet.

Cette application doit être faite avec beaucoup de douceur ; elle est parfois extrêmement délicate, le canal éjaculateur présentant des méandres et des courbures accentuées. Enfin, l'œdème des tissus peut masquer et faire disparaître complètement l'orifice recherché, ce qui augmente considérablement les difficultés du cathétérisme.

On obtient par cette méthode un drainage naturel de la vésicule malade.

Dans les cas où le cathétérisme n'est pas suffisant, on fera alors le lavage vésiculaire, qui est le plus simple des traitements chirurgicaux.

II. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Celui-ci comprend deux catégories d'interventions :

1° Interventions sur le canal déférent, permettant le drainage et le lavage des vésicules ;

2° Interventions intéressant directement les vésicules : vésiculotomie, vésiculectomie.

LAVAGE DES VÉSICULES

Cette opération a d'abord été pratiquée après le cathétérisme des canaux éjaculateurs à l'aide d'une sonde creuse dans laquelle on injecte une solution de collargol qui passe ensuite dans la vésicule.

Malheureusement, ce procédé est souvent d'une application fort difficile, étant donné les lésions fréquentes siégeant aux orifices des canaux éjaculateurs.

Actuellement, on fait surtout le lavage des vésicules par la voie déférentielle.

Cette méthode a été mise au point en 1905, par Belfield, qui obtint par ce procédé des résultats très encourageants.

Cet auteur, après avoir fait de multiples expériences sur le cadavre, arriva à cette conclusion que le liquide médicamenteux au collargol injecté dans le canal déférent remplissait d'abord la vésicule avant de passer dans l'urètre. Puis il précisa les précautions à prendre pour pratiquer correctement cette opération.

Le malade aura absorbé une purgation la veille et sera étendu sur une table. On pratiquera alors l'asepsie la plus complète des région scrotale et inguinale. Puis, avant de commencer l'opération, on videra autant que possible les vésicules de leur contenu.

On peut opérer sous anesthésie locale ; cependant, s'il n'y a pas de contre-indications, l'anesthésie générale est peut-être plus simple.

On commencera alors par isoler le canal déférent, qui sera libéré de ses enveloppes fasciales ; puis une petite incision sera faite sur ce canal ; elle peut ne pas être suturée (vasotomie), ce qui permettra de répéter la manœuvre par la suite.

Le déférent pourra être aussi sectionné et le bout supérieur suturé à la peau (vasostomie).

Thomas a imaginé une aiguille spéciale pouvant être introduite dans le canal déférent (vaso-ponction) et pouvant même, dans certains cas, être laissée à demeure.

On commencera d'abord par explorer la perméabilité des canaux éjaculateurs et du déférent. Pour cela, on injecte une solution d'argyrol à 10 %, et si

ce liquide n'atteint pas l'urètre prostatique en vingt minutes, auquel cas le cathéter ramène de l'argyrol, la solution de collargol ne sera pas injectée, le canal étant oblitéré.

Dans ce cas, l'injection serait dangereuse : le liquide pourrait fuser en arrière et déterminer la funiculite et l'épididymite chimiques.

Si au contraire le canal est perméable, on injectera 3 à 5 centimètres cubes de collargol à 5 %.

L'aiguille sera ensuite retirée et les tissus suturés.

En résumé, la vasotomie est une opération qui, sans être extrêmement délicate, exige toutefois une certaine habileté du médecin.

Staley lui reproche la nécessité d'être répétée, une seule injection déférentielle suffisant rarement à guérir une vésiculite. Il reproche aussi à cette opération de produire souvent une occlusion du canal déférent par formation d'un noyau fibreux.

Notons que cet accident, assez fréquent à la suite des vasostomies, devient extrêmement rare après la vaso-ponction. Belfield dit d'ailleurs que la stérilité par oblitération déférentielle n'est jamais définitive ; il suffit, pour y remédier, de supprimer la partie oblitérée et d'anastomoser les deux bouts du canal.

La destruction de l'épithélium par le liquide chimique injecté peut aussi être une cause d'oblitération déférentielle.

Cette méthode constituera un procédé de transition entre le traitement purement médical et purement chirurgical.

Enfin, dans les cas rebelles aux traitements que nous venons d'exposer, auxquels on ne manquera jamais d'associer la vaccinothérapie, on aura recours à la vésiculotomie ou à la vésiculectomie.

VÉSICULOTOMIE. — VÉSICULECTOMIE

La vésiculotomie est une opération qui consiste à inciser la vésicule séminale.

Par la vésiculectomie, on enlève totalement ou partiellement la vésicule.

La technique de ces deux interventions est la même dans les premiers temps de l'opération ; elle ne diffère qu'à la fin.

Plusieurs voies ont été proposées pour atteindre les vésicules ; nous ne nous occuperons ici que de la voie périnéale, qui est la plus communément employée.

Après avoir évacué le rectum du malade que l'on va opérer, on place celui-ci dans la position de la taille. Le siège doit déborder légèrement le bord de la table ou peut être surélevé par un coussin.

Une sonde placée dans l'urètre servira de guide, et, après une désinfection de toute la région, on commencera l'opération. On fera alors, soit une incision en fer à cheval de deux ou trois centimètres au devant de l'anus, soit une incision transversale le long de la racine des bourses, à deux centimètres en avant de l'anus.

Puis, avec prudence, on dissociera délicatement les tissus, jusqu'à ce que soit aperçu l'entrecroisement des muscles sphincter externe et bulbo-caverneux.

On isolera ensuite le bulbe en sectionnant, en arrière de celui-ci, le raphé formé par l'entrecroisement du sphincter et du bulbo-caverneux. L'opération se continuera par la section du muscle recto-urétral, après quoi l'opérateur pénétrera dans l'espace décollable et ouvrira la gaine des vésicules.

Dans la vésiculotomie, les cavités vésiculaires sont alors ouvertes, nettoyées, et un drain sera placé dans chacune d'elles.

Les drains seront enlevés quand tout écoulement purulent aura cessé, ce qui se produit ordinairement aux environs du huitième jour.

Si, au lieu de la vésiculotomie, on veut pratiquer la vésiculectomie, il suffit, après avoir mis à nu la vésicule, d'en faire l'ablation.

Ces opérations peuvent aussi être faites :

- 1° Par voie ischio-rectale (Roux) ;
 - 2° Par voie inguinale (Villeneuve) ;
 - 3° Par voie sus-pubienne (Young) ;
 - 4° Par la voie postérieure, qui comprend la voie coccy-périnéale, préconisée par Fiolle.
-

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(D^r Papillon)

V. A..., âgé de 49 ans, exerçant la profession de croupier, vient consulter pour douleur et gêne de la région périnéale se produisant surtout au moment de la défécation.

Le malade n'a remarqué le matin aucune humidité du méat urétral et ne présente pas de troubles urinaires.

Les urines recueillies dans deux verres sont claires ; dans le premier verre, toutefois, on note cependant la présence de quelques légers filaments.

Le toucher rectal révèle une prostate un peu congestionnée.

Au-dessus de celle-ci, on perçoit nettement les deux vésicules. Elles sont peu volumineuses, mais au niveau de la vésicule droite on sent un nodule arrondi assez douloureux.

Le massage ramène un liquide franchement trouble.

L'examen du sperme montre de nombreux spermatozoïdes s'ouvrant en gros filaments. On note la présence de pyocytes existant en assez grande quantité et de quelques diplocoques paraissant être des synocoques.

La spermoculture (Labo Ferrari) atteste la présence de gonocoques et de synocoques.

Le malade avoue avoir une profession qui l'oblige à rester assis la plus grande partie de la nuit et l'incite souvent à faire quelques excès de boisson.

Dix-sept ans avant, il a eu une blennorrhagie qui paraissait guérie.

Marié, il est père de trois enfants.

Sa femme, examinée, présente une légère métrite cervicale. La culture (Labo Ferrari) des sécrétions prélevées a montré la présence de synocoques et de bacilles pseudo diphtériques.

Chez ce malade, l'auto-vaccin, les massages et la dilatation ont donné un bon résultat à chaque série de séances. Malheureusement, ce résultat se maintient mal dès que le malade reprend sa vie de croupier.

Cependant, au cours des différents examens, le gonocoque diminue progressivement à la culture, puis le synococque, mais pour être remplacé par une culture pure d'entérocoques.

L'examen urétroscopique, pratiqué avec l'appareil de Mac Carthy, montre une vessie saine. Au niveau du bas-fond vésical, on voit cependant des veines variqueuses nombreuses ; le col est à peu près sain et il n'existe qu'une rougeur diffuse du verumontanum.

OBSERVATION II

(D^r Papillon)

N..., âgé de 74 ans, vient consulter pour pollakiurie nocturne. Ces troubles urinaires sont récents et inquiètent le malade.

Les urines recueillies dans deux verres montrent dans le premier verre la présence de nombreux filaments.

Le toucher rectal révèle l'existence d'un petit adénome prostatique ; et lorsqu'on pousse l'exploration plus avant, on trouve la vésicule droite gonflée et extrêmement douloureuse au toucher.

Malgré l'existence d'un petit résidu vésical, l'adénome prostatique paraît accessoire, et ce qui domine chez ce malade, c'est l'existence d'une spermatocystite.

D'ailleurs, le dosage de l'urée sanguine pratiqué à jeun, en régime normal avec viande, a été de 0 gr. 18.

L'examen du sperme (Chené) révèle la présence de leucocytes nombreux et de rares cellules épithéliales.

A la spermoculture, on trouve du staphylocoque, de l'entérocoque, mais pas de gonocoque.

Ce malade avoue avoir contracté plusieurs blennorragies dans sa jeunesse.

Il est marié, et sa femme a eu une salpingite qui a nécessité une opération.

Il semble bien, dans ce cas, que les phénomènes d'infection soient d'origine vésiculaire et non prostatique.

OBSERVATION III

(D^r Papillon)

M..., âgé de 61 ans et exerçant la profession de publiciste, vient consulter parce qu'en juillet 1925, quelques heures après un repas plus copieux que d'ordinaire, il a été pris subitement de troubles caractérisés par des frissons, des vomissements et de l'élévation thermique.

Trois jours avant sa consultation, en novembre 1926, le même fait s'est renouvelé, et le malade a été repris la nuit de frissons et de sueurs.

Enfin, depuis dix à quinze ans, le malade est obligé de se lever une fois par nuit pour uriner.

Après avoir fait uriner le malade dans deux verres, on a constaté que le premier verre, très trouble, était envahi par de gros filaments ; le second verre était moins trouble.

Au toucher rectal, on trouve le lobe gauche de la prostate tout à fait normal ; on note au contraire l'existence, à la partie supérieure du lobe droit, d'une masse dure, douloureuse, paraissant faire corps avec la vésicule droite.

L'examen des vésicules révèle celles-ci douloureuses, surtout la vésicule droite.

Le malade présente une légère élévation de température et a vraisemblablement une spermatocystite droite assez aiguë.

La culture (Ferrari) du liquide ramené par massage montre la présence du gonocoque associé au colibacille, à l'entérocoque et au streptocoque.

Le malade a eu une blennorragie il y a plus de quarante ans et a contracté la syphilis il y a quarante-trois ans.

Le traitement par massages, dilatation et sérothérapie fait diminuer les symptômes, et le malade se croit guéri.

Cependant, dix-huit mois après, il est repris de frissons, de fièvre et de pesanteur anale. Les urines sont troubles. Quelques séances de massage suffisent alors à calmer le malade.

OBSERVATION IV

(D^r Papillon)

R. D..., âgé de 44 ans, exerçant la profession d'athlète, vient consulter parce que, depuis 1919, il a noté l'apparition d'une goutte légère au méat urétral quand il a bu du vin pur ou de la bière.

Il avoue avoir contracté une première blennorragie à l'âge de vingt ans, puis une seconde à vingt-deux ans ; cette dernière se compliqua d'arthrite du poignet droit.

L'urine recueillie dans deux verres est uniformément claire ; on note seulement la présence dans le premier verre de quelques légers filaments.

Au toucher rectal, on trouve la prostate un peu congestionnée, mais non douloureuse.

Les vésicules sont malheureusement difficilement atteintes, étant donné la taille et le développement des masses musculaires de ce malade. Toutefois, leur contact avec l'extrémité du doigt réveille une forte douleur, principalement du côté droit.

La spermoculture (Ferrari) montre des gonocoques associés au synocoque et au bacille pseudo-diphtérique.

A l'examen direct du sperme, les spermatozoïdes sont mobiles, et quelques-uns sont en filaments.

Il existe de nombreux pyocytes, mais pas de microbes.

L'auto-vaccin associé à la dilatation, aux instillations et au massage dans la mesure du possible, améliore considérablement le malade.

L'examen du sperme montre la disparition du gonocoque à la culture, mais le synocoque et le bacille pseudo-diphtérique persistent et il y a apparition de l'entérocoque.

On retrouve encore quelques pyocytes dans le sperme.

OBSERVATION V

(D^r Papillon)

R..., 37 ans, ajusteur, vient consulter pour sensations douloureuses de gêne et de pesanteur dans le bas-ventre.

Il dit avoir souffert autrefois, pendant la guerre, de douleurs à la miction localisées au canal urétral. Aucun traitement n'a été suivi à cette époque.

Actuellement, les urines recueillies dans deux verres sont uniformément claires.

Le toucher rectal montre l'intégrité de la prostate, mais les deux vésicules, bien que n'étant pas volumineuses, sont extrêmement douloureuses.

L'examen du sperme, après absorption de bière, montre de nombreux spermatozoïdes ayant conservé toute leur mobilité. Il existe aussi de la leucocytose et on aperçoit quelques cocci à Gramme : positif.

La spermoculture ne révèle pas de gonocoque ; il existe seulement de nombreuses colonies de staphylocoques et de bacilles coliformes.

Le malade a été traité par les antiseptiques urinaires habituels, l'auto-vaccin, le massage et la diathermie.

Malgré cela, le massage des vésicules ramène toujours un abondant dépôt de pus.

Le traitement est continué et, au bout de quelques séances, le malade se sent très amélioré, surtout par le massage et la diathermie, alors que le vaccin ne semble pas avoir d'effet.

Les vésicules sont alors indolores et le massage ne ramène plus aucun dépôt purulent.

OBSERVATION VI

(D^r Papillon)

V..., ingénieur, âgé de 41 ans, a contracté une blennorrhagie en 1906. Bien traité par un spécialiste, l'écoulement a cessé rapidement et d'une façon définitive. Il s'est marié depuis et a une fille.

Il y a quelques années, il a été amené à consulter un spécialiste pour pollakiurie. Plus récemment, il y a quelques mois seulement, en 1927, il consulte pour douleurs nocturnes siégeant dans la région lombaire.

Vu pour la première fois en janvier 1928, on trouve le méat urétral absolument normal, et il n'existe pas de goutte le matin.

Au niveau des testicules, la palpation ne révèle rien à droite, mais on trouve à gauche un petit noyau de la queue de l'épididyme, reliquat d'une épididymite ancienne.

Le toucher rectal montre la prostate normale, seulement un peu sensible ; le lobe gauche est un peu plus volumineux que le droit.

La vésicule gauche est normale, mais la vésicule droite est augmentée de volume et se présente sous la forme d'une grosse masse douloureuse.

Les urines sont difficiles à examiner ; on note cependant la présence de quelques filaments dans le premier verre, et le massage de la vésicule droite ramène de gros moules fibrineux.

Il semble qu'il faille éliminer toute cause d'infection récente, que le malade nie d'ailleurs.

L'examen direct du sperme montre les spermatozoïdes en nombre normal, mobiles ou en filaments. On trouve quelques pyocytes isolés, mais aucun microbe.

A la spermoculture, le gonocoque existe en quantité appréciable, associé à quelques synocoques.

Le malade est traité par l'auto-vaccin, les massages, dilatation et instillations de nitrate d'argent.

Deux mois après, l'analyse, dans le même laboratoire, ne montre plus de gonocoque à la spermoculture.

La femme du malade présente une très légère métrite cervicale où la culture a montré la présence du synocoque et de l'entérocoque, mais non du gonocoque.

OBSERVATION VII

(D^r Papillon)

L..., représentant de commerce, âgé de 27 ans en 1925, a contracté une blennorragie en 1919. Il se soigne lui-même et, quelque temps après, cesse le traitement, paraissant guéri. On ne fait aucun contrôle bactériologique.

Il se marie en 1924, et sa femme, examinée, a un col parfaitement sain et n'a pas de pertes blanches.

En janvier 1925, il est pris sans douleurs d'un léger écoulement qui s'accompagne bientôt d'une orchio-épididymite gauche ; celle-ci fut considérée comme blennorragique par un spécialiste qui examina le malade à ce moment, sans examen de contrôle.

Vu en février 1925, étant donné l'aspect du malade, déprimé, amaigri, on pense à une tuberculose épидидymo testiculaire. En 1914, le malade avait un épanchement synovial du genou qui avait déjà fait soupçonner la tuberculose. L'inoculation au cobaye, faite à ce moment, avait été négative.

Actuellement, le méat urétral n'est pas collé le matin et n'est pas enflammé.

Les urines sont troubles dans le premier verre, et on aperçoit quelques filaments ; elles sont normales dans le second.

Le testicule droit n'est pas douloureux ; le gauche est un peu augmenté de volume, et une masse est perçue à la queue de l'épididyme.

Le toucher rectal réveille dans le lobe prostatique gauche un point douloureux légèrement rénitent, et au-dessus, séparée de ce point, on sent la vésicule gauche un peu grosse et douloureuse.

L'examen (Ferrari) de la goutte urétrale montre de nombreux polynucléaires.

A l'examen direct du sperme, on trouve une diminution du nombre des spermatozoïdes ; des polynucléaires nombreux, mais aucun microbe.

La spermoculture montre des gonocoques accompagnés de synocoques et d'entérocoques.

Quelques jours après, une nouvelle épididymite se déclare du côté opposé : à droite. Le malade est mis au repos, on lui fait de l'auto-vaccin et du massage des vésicules. Il est ainsi traité jusqu'au mois d'avril.

Il est revu le 29 juillet et avoue qu'estimant que le traitement ne donnait pas un résultat assez rapide, il était allé voir un troisième spécialiste, qui avait affirmé une tuberculose épididymo testiculaire et prescrit le repos complet et les bains de soleil.

Un nouvel examen est alors pratiqué (Oliviero), qui montre l'azoospermie avec nombreux polynucléaires.

La spermoculture révèle la présence de quelques gonocoques avec entérocoques et staphylocoques.

L'inoculation au cobaye est négative.

*
* *

Cette observation tire son intérêt du fait des diverses opinions des spécialistes qui ont examiné ce malade, lequel, deux fois au moins, fut considéré comme tuberculeux. Le résultat négatif de l'inoculation au cobaye, le résultat positif de gonocoques à la spermoculture dans deux laboratoires différents, la polynucléose dans le sperme, tout permet de conclure à la spermatocystite blennorragique.

CONCLUSIONS

I. — La spermatocystite latente est une affection bien plus fréquente qu'on ne se l'imagine, surtout au cours de la blennorrhagie ; survenant longtemps après la contamination par le gonocoque, son diagnostic devient souvent difficile.

II. — Les symptômes étant très inconstants et très variables suivant les sujets, chaque fois que l'on pourra soupçonner une vésiculite, on devra pratiquer un toucher rectal qui renseignera sur l'état des réservoirs spermatiques.

III. — On devra se rappeler que le gonocoque n'est pas le seul agent pathogène de cette affection et que certaines maladies infectieuses ou intestinales peuvent suffire à déclancher une spermatocystite. C'est ainsi qu'il n'est pas exceptionnel de voir cette mala-

die se déclarer au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde, d'une grippe ou d'une méningite. On ne retrouve dans ce cas aucune trace d'infection gonococcique dans le passé du malade.

IV. — On ne doit pas perdre de vue les dangers auxquels expose une telle maladie. Non soigné, le malade court les risques d'épididymites récidivantes et par suite de stérilité. Ce malade est enfin dangereux au point de vue social, puisque, porteur de gonocoques, il disséminera ce microbe et propagera ainsi la blennorrhagie.

V. — Le traitement variera suivant la nature et la gravité des lésions. Dans beaucoup de cas, le traitement médical associé à la vaccinothérapie suffira à guérir une spermatocystite même ancienne.

Cependant, chez les sujets où l'expression vésiculaire n'aura pu être pratiquée et où le traitement médical aura été sans effet, on aura recours soit au lavage des vésicules par voie déférentielle, soit, dans les cas plus sérieux, au traitement purement chirurgical.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président*,
F. LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Avramovitch. — Etude des spermatocystites non tuberculeuses. (Thèse de Paris, 1921.)

Barbellion (G.). — Gonococcisme latent, recherche et traitement. (XIX^e Congrès d'Urologie, p. 213, Paris, octobre 1919.)

Barbellion (P.). — Gonocoque latent et spermoculture. (Arch. Urol. de Necker, juillet 1926, p. 181-254.)

Belfield. — La ponction du déférent dans la gonorrhée aiguë. (The Journal of the Ann. Med. Association, ch. LXXIV, n^o 3, janvier 1920.)

— Accidents et incidents de la vasotomie. (Id., vol. XIV, n^o 4, octobre 1925.)

Bendell (J. L.) et Mount (L. B.). — Bacteriotherapy in seminal vesiculitis of hematogenous origin, a case report. (Am. J. Surg., N.Y., 1916, p. 158.)

- Bodin (G.)*. — Du rhumatisme infectieux articulaire d'origine urinaire. (Thèse de Lyon, 1902-1903.)
- Ballanger et Elder*. — Examen microscopique du sperme pour le diagnostic d'une vésiculite. (The Journal of Urol., t. X, n° 3, nove. 1923, p. 405.)
- Calas (G.-I.)*. — Les spermatozystites non tuberculeuses, leur traitement. (Thèse de Paris, 1926.)
- Chiaudano (C.)*. — Spermatozystiti non tuberculari. (1926.)
- Chevassu*. — In Journal d'Urologie, t. XIV, 1922, p. 329.
- Chauvet (Stephen)*. — Traitement du rhumatisme blennorragique. (L'Œuvre Médico - Chirurgicale, n° 68.)
- Civiale*. — Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires. (Paris, 1858, t. II, p. 80.)
- Drupt et Noguès*. — Quelques considérations nouvelles sur le gonocoque latent. (Journal d'Urologie, t. XXIII, n° 3, mars 1927, p. 202.)
- Duhot*. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des vésicules séminales. (Annales des Organes génito-urinaires, 1901, n° 7, p. 769.)
- Escat*. — Note sur l'épididymite blennorragique et les épididymites urétrales. Traitement de certaines formes graves et rebelles. (Congrès d'Urologie, 1903-1906.)
- Faure-Beaulieu*. — La septicémie gonococcique. (Thèse de Paris, 1906.)
- Fiolle (P.)*. — La chirurgie des vésicules séminales. (Œuvre Médico-Chirurgicale, n° 67.)
- Le Fur*. — La spermatozystite chronique. Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, 1905.)

- Flandrin.* — Traitement endoscopique de l'urétrite postérieure. (Archives urologiques de la Clinique Necker, t. V, fasc. I, 1925.)
- Fuller.* — Seminal vesiculotomy (Journal A. M. A., mai 1925.)
- Guelliot.* — Des vésicules séminales. (Thèse de Paris, 1882.)
- Guyon.* — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. (Paris, 1885.)
- Gilbons (R.-H.).* — Journal of M. A., 1917, p. 278.)
- Guépin.* — De la nécessité des cultures pour la recherche du gonocoque. (Académie des Sciences, 7 octobre 1907.)
- Giscard.* — Contribution au diagnostic de guérison de la blennorrhagie. (Thèse, Toulouse, 1923.)
- Herbst, Robt (H.).* — The surgical treatment of chronic seminal vesiculitis by vasotomy. (J. Am. M. Ass., 12 déc. 1912.)
- Complications of acute gonorrhea in the male. (The Urolog. and Cut. Review, 1916.)
- Hawkins (John A.).* — Some observations of inflam. of the verumontanum. (Transaction of the Am. Urol. Assoc., 1909.)
- Janet (J.).* — Considérations générales sur la gonococcie chronique. (XXI^e Congrès franç. d'Urologie, p. 463.)
- Diagnostic et traitement de la blennorrhagie latente chez l'homme (Discussion). (Association Française d'Urologie, 1920, p. 306.)

- Janet et Debains.* — Résultats de quelques spermocultures. (Association Française d'Urologie, 1921.)
- Jungans.* — La flore de l'appareil urinaire, 1908.
- Klotz (H. G.).* — Catheterisation of the ejaculatory duct. (N.-Y. M. J., 1895, p. 104.)
- Luys (G.).* — Traité de la blennorragie et de ses complications (1923).
- Le cathétérisme des canaux éjaculateurs. (Congrès de Londres, 1913.)
- Spermatocystite blennorragique. (Clinique, Paris, 1913.)
- Leibfried (D. M.).* — Importance du diagnostic de l'examen du sperme dans la gonorrhée. (Journal d'Urol., XXIV, 1927, p. 265.)
- Legueu.* — Traité chirurgical d'urologie (1910).
- Lucas.* — Résultats du toucher rectal dans 285 cas d'épididymite gonococcique. (Thèse de Paris, 1894.)
- Lallemand.* — Traité des pertes séminales involontaires. (Paris, 1836, 1842.)
- Lebœuf.* — La vaccinothérapie antigonococcique. (Thèse de Lyon, 1924.)
- Lévy-Weissmann.* — La gonococcie latente chez l'homme. (Journal des Praticiens, n° 47, 19 nov. 1921.)
- Lebreton.* — Du gonococcisme latent. (Toulouse Médical, p. 386, 15 mai 1922.)
- Le traitement des porteurs de germes blennorragiques. (L'Evolution Médico-Chirurgicale, p. 42, décembre 1920.)
- Marion.* — Traité d'Urologie.

- De la signification des vésiculites chroniques chez les prostatiques. (Journ. d'Urol. méd. et chir., t. IX, n° 1, janvier 1901.)
- Milian et Mamloch.* — La spermatorrhée physiologique. (Société Méd. des Hôpitaux, 1902.)
- Martin (J.).* — Diagnostic de la guérison de la blennorragie chez l'homme. (Toulouse Médical, n° 23, 1921, et Journal d'Urologie, t. XIV, p. 251, septembre 1922.)
- Noguès.* — Vésiculite pseudo-membraneuse à colibacille : épидидymite et vaginalite consécutives. (Ann. des Maladies des Organes génito-urinaires, 1897, n° 6).
- Oberlander et Kollmann.* — Blennorragie chronique (Leipzig, 1901).
- Pradier.* — Des spermatozystites non tuberculeuses et du traitement. (Thèse de Lyon, 1922.)
- Pommeray.* — Vésicules séminales ; une méthode de désencombrement. (Journal d'Urologie, 1927, t. XIII, p. 184.)
- Perrin (J.).* — Du contrôle de la guérison dans la blennorragie. (Revue des Médecins de France et des Colonies, 1916, n° 12.)
- Pichon.* — De l'état des vésicules séminales chez les prostatiques. (Thèse de Lyon, 1900.)
- Papin (E.).* — Les fonctions sexuelles et la postectomie. (Thèse de Paris, 1908.)
- Rapin.* — De l'influence des vésicules séminales et conduits éjaculateurs. (Thèse de Strasbourg, 1859.)

- Rouçayrol.* — Traitement des vésiculites gonococciques par la diathermie. (Journal d'Urologie, 1924, t. XVIII, p. 466.)
- Diagnostic de la guérison de la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme. (La Médecine, Paris, t. VIII, n° 2, novembre 1926, p. 155.)
- Salle.* — Sérothérapie et vaccinothérapie de la blennorrhagie. (Thèse de Lyon, 1913.)
- Schmidt (L. E.).* — Vesiculotomy and vesiculectomy. (The Journal of A. M. A., 1916, p. 157.)
- Thomas (B. A.).* — Technique and observation on the operation of vasopuncture vesiculatis. (Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1917, p. 68-83.)
- Ultzman.* — Genito-urinary neuroses.
- White (E. W. M.).* — Seminal vesiculitis. (The Urol. and Cutaneous Review, 1915, p. 550.)
- Young (H. H.).* — The rôle of the prostate and seminal vesicles in general toxemias. (The Journal A. M. A., sept. 1913, p. 822.)
-

